

vidéo

son

images

diaporama

animation

Olivier CLAUDE *

Chirurgie des lipodystrophies

Les anomalies de la répartition des graisses liées aux traitements antirétroviraux chez les sujets infectés par le VIH altèrent considérablement la qualité de vie des patients et sont une source de mauvaise observance thérapeutique. Or, il est désormais possible, surtout au niveau du visage, de corriger avec plus d'efficacité de telles atteintes.

Chez les patients séropositifs pour le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH), les traitements antirétroviraux sont les principaux facteurs d'apparition d'une anomalie de la répartition des graisses, ou lipodystrophie. L'incidence des lipodystrophies est ainsi croissante et leur sévérité accrue depuis l'apparition des trithérapies antivirales. Elles apparaissent chez 14 à 40 % des patients selon une récente méta-analyse.¹ Ce trouble associe le plus souvent des zones lipoatrophiques prédominant au niveau du visage (fig. 1) et des fesses (fig. 2), et des zones lipohypertrophiques prédominant au niveau de l'abdomen et de la région cervicale (fig. 3) postérieure. Cette modification de la silhouette et du visage est très mal vécue par les patients, augmentant leur anxiété et favorisant une perte de l'estime de soi qui peut conduire à une véritable attitude d'éviction sociale. Les études de qualité de vie ont bien montré cette difficulté à surmonter cette rançon morphologique imposée par les traitements qui, par ailleurs, ont bouleversé positivement l'espérance de vie des patients séropositifs.²

Lipodystrophie du visage

La lipoatrophie du visage, très caractéristique, est ressentie comme une marque de discrimination dans la vie personnelle et professionnelle. L'impact de ce stigmate non dissimulable est comparable à celui de la maladie de Kaposi au début de l'épidémie dans les années 1980. Cela amène certains patients à interrompre leur traitement antirétroviral, ce qui ne corrige pas la lipoatrophie, mais expose, en revanche, au risque d'apparition d'une résistance aux antirétroviraux et à un échappement viral aggravant les risques de comorbidité et de mortalité. Il est donc indispensable d'apporter une solution de correction sûre et durable de ces anomalies afin d'améliorer la qualité de vie des patients et de favoriser l'observance thérapeutique.

Ce qui est nouveau

La prise en charge des lipoatrophies des fesses par injection de produit de comblement résorbable.

La correction des lipoatrophies faciales par implants alloplastiques.

La meilleure prévention de l'apparition des syndromes lipodystrophiques en adaptant les traitements antirétroviraux.

* Service de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, hôpital Henri-Mondor, AP-HP, université Paris-XII, 94010 Créteil, France.
olivier_claude@hotmail.com

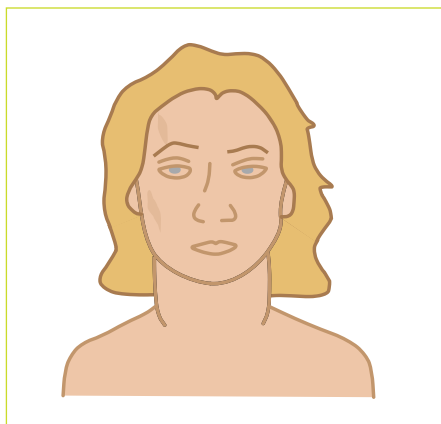


FIGURE 1 Lipoatrophie du visage.

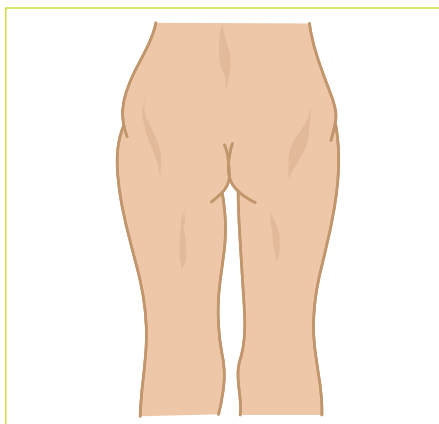


FIGURE 2 Lipoatrophie des fesses et des jambes. Les fesses s'aplatissent et les jambes (surtout les cuisses) maigrissent.

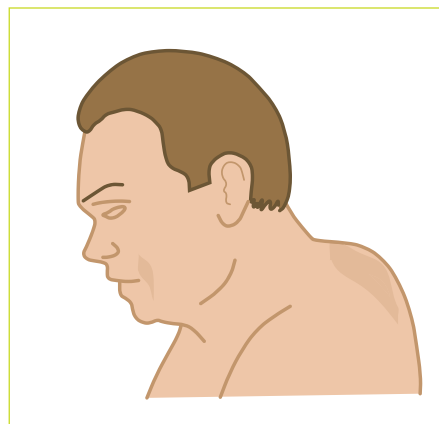


FIGURE 3 Lipohypertrophie en bosse de bison : la lipohypertrophie peut provoquer une accumulation de graisse excessive dans la région des épaules et de la nuque formant une bosse appelée « bosse de bison ».

Produits de comblement

Les produits de comblement non résorbables ne sont pas utilisés en raison des risques de complication à long terme et de l'impossibilité de les extraire sans chirurgie potentiellement mutilante.

Les produits de comblement résorbables ne donnent, par définition, que des résultats temporaires et sont peu adaptés aux cas les plus sévères. La répétition des séances d'injection, en plus de représenter un coût important, entraîne une pénibilité pour le patient et le praticien. Ils sont réservés aux lipodystro-

phies les moins importantes (grade I) [tableau 1]. Ils peuvent également être utilisés avant la pose d'implants alloplastiques dans les cas les plus sévères (grade IV) afin d'épaissir le revêtement cutané. Enfin, ils peuvent être utilisés après la mise en place d'implants pour traiter les zones non corrigées comme les régions temporales ou pour corriger une légère asymétrie. Il apparaît fondamental de ne pas opposer les différentes techniques mais de savoir les associer pour apporter la solution la plus adaptée à chaque patient (tableau 2).

Greffes graisseuses autologues

Les greffes graisseuses autologues, ou lipostructure, sont réalisées depuis la fin du XIX^e siècle, mais ce n'est que depuis les années 1990 que cette technique est maîtrisée et codifiée. Grâce à l'apport de la lipoaspiration et d'une meilleure compréhension de la physiologie des adipocytes, fondée notamment sur la nécessité de les manipuler de façon atraumatique, on dispose aujourd'hui d'un procédé chirurgical efficace et sûr lorsqu'il est utilisé chez un patient séronégatif. Il permet ainsi de restaurer les volumes tout en améliorant la trophicité cutanée dans de très nombreuses indications en chirurgie réparatrice et en chirurgie esthétique, avec des résultats durables et reproductibles.

Ce procédé est apparu initialement comme étant la technique de choix pour le traitement des lipoatrophies des sujets séropositifs.³ Mais la lipostructure est souvent décevante dans ces cas. En effet, ces patients ont le plus souvent des lipodystrophies généralisées, et la graisse prélevable est de ce fait également pathologique ; elle est plus fibreuse et plus difficile à prélever que chez les patients séronégatifs et nécessite le plus souvent une anesthésie générale. Les résultats sont difficilement prévisibles et globalement décevants. Plusieurs séances sont nécessaires, avec à chaque fois une éviction socioprofessionnelle d'une dizaine de jours. De plus, les lipostructures des patients séropositifs peuvent se com-

TABLEAU 1 Échelle de lipoatrophie faciale selon James	
Grade I	Lipoatrophie faciale modérée et localisée.
Grade II	Lipoatrophie plus profonde et sur plusieurs unités du visage ; muscles de la mimique commençant à être apparents.
Grade III	Muscles de la mimique très nettement apparents.
Grade IV	Lipoatrophie de tout le visage avec la peau reposant directement sur les muscles.

TABLEAU 2 Traitement proposé en fonction de la sévérité de la lipoatrophie faciale	
Grade I	Filler résorbable.
Grades II et III	Implant en polyéthylène poreux ± filler résorbable.
Grade IV	Filler résorbable puis implant en polyéthylène poreux.



FIGURE 4 Correction d'une lipoatrophie faciale grade III par implants sous-malaires de Medpor. **A.** Vue préopératoire. **B.** Vue postopératoire à 3 mois.



FIGURE 5 Correction d'une lipoatrophie faciale grade III par implants sous-malaires de Medpor. **A.** Vue préopératoire. **B.** Vue postopératoire à 12 mois.

pliquer de lipohypertrophies malaires postopératoires. Cette complication atteint jusqu'à 10 % des patients dans certaines séries.⁴

Implants alloplastiques

L'expérience de la restauration des volumes du visage par implants en polyéthylène poreux (Medpor) en chirurgie réparatrice et esthétique a conduit à les proposer aux patients ayant

des lipoatrophies faciales modérées à sévères grade II et III (tableau 1).⁵ Une charge virale pour le VIH indétectable et un taux de lymphocytes CD4 supérieur à 200/mL ainsi qu'un bon état général du patient, sans complication intercurrente, sont des éléments indispensables pour envisager cette chirurgie. Un bon état buccodentaire (confirmé par un chirurgien-dentiste) est également nécessaire en raison de la voie d'abord intrabuccale.



La zone à combler est préalablement déterminée debout avec le patient réveillé. Elle correspond à la dépression sous-malaire interne caractéristique qui rend les pommettes plus saillantes en augmentant leur dénivelé. La fonte graisseuse génienne isole les muscles zygomatiques qui apparaissent tendus entre leur insertion malaire et la commissure buccale. Ils deviennent ainsi de plus en plus visibles avec l'évolution de la lipoatrophie car ils sont seuls à projeter le revêtement cutané jugal après la fonte graisseuse. L'implant a pour effet d'adoucir le relief de la pommette en réalisant une continuité avec la région génienne. Ces implants ne sont en aucun cas placés sur le maximum de projection malaire, comme on peut le réaliser classiquement en chirurgie esthétique. Ils sont au contraire positionnés plus interne et plus bas dans la région sous-malaire et en dehors du trou sous-orbitaire. Les patients sont traités sous anesthésie générale par une incision vestibulaire intrabuccale unique ne laissant pas de rançon cicatricielle cutanée (fig. 4 et 5). La mise en place d'implants sous-malaires en polyéthylène poreux constitue ainsi le traitement de référence chez les patients ayant des lipodystrophies de grade II et III.⁶ Elle permet une excellente correction en un seul temps et surtout elle est définitive, tout en restant réversible. Une dépose de l'implant est en effet toujours envisageable face à une éventuelle complication ou si un traitement médical de la lipodystrophie devient enfin disponible.

Lipoatrophie des fesses

La correction de la lipoatrophie des fesses (fig. 2) constitue la deuxième demande des patients ayant une lipodystrophie. Cette lipodystrophie entraîne en effet une invalidité morphologique mais surtout fonctionnelle, avec des douleurs en position assise qui altèrent la qualité de vie des patients. L'intensité des douleurs après seulement quelques minutes peut obliger le patient à se lever, perturbant ainsi ses activités quotidiennes professionnelles ou personnelles.

POUR LA PRATIQUE

- Importance des traitements chirurgicaux des lipodystrophies pour améliorer la qualité de vie des patients et l'observance du traitement antirétroviral.
- Dépister les lipoatrophies des fesses avec leurs conséquences morphologiques et fonctionnelles.
- Associer traitements chirurgicaux et produits de comblement injectables pour corriger les lipoatrophies du visage.
- Obtenir une charge virale indétectable et des lymphocytes CD4 supérieurs à 200/mm³ avant d'envisager un traitement chirurgical.

Il existe plusieurs traitements pour traiter cette zone : les implants fessiers en silicone, les injections de graisse autologue, et les produits injectables de comblement.

Les implants en silicone améliorent l'aspect esthétique de la portion supérieure des fesses mais ne résolvent pas le problème de douleurs du patient. De plus, cette intervention nécessite une anesthésie générale et entraîne des suites douloureuses avec un taux de complications nettement plus élevé que celui des augmentations mammaires.⁷

Les injections de graisse peuvent, elles, être positionnées avec précision là où elles sont nécessaires. En revanche, il est difficile de prélever des cellules adipeuses de bonne qualité et en quantité suffisante chez les patients lipodystrophiques. La graisse risque de se résorber de façon plus importante que chez le patient séronégatif, ce qui peut conduire à une asymétrie ou à la réalisation de nouvelles séances. Le temps de récupération peut également être notablement long, égal à celui nécessaire après la mise en place d'un implant en silicone.

Les produits de comblement permanents comme le Bio-alcamid peuvent être injectés sous anesthésie locale. Toutefois, des complications (infection, migration du produit) peuvent survenir des années après l'implantation.⁸

Ainsi, à l'heure actuelle, il n'existe pas de solution de référence pour le traitement de la lipoatrophie des fesses.

Le laboratoire suédois Q-med qui a commercialisé en 15 ans plus de 10 millions de doses injectables d'acide hyaluronique pour le visage a récemment développé un nouveau gel résorbable pour le corps (marquage CE en 2007) issu de la même technologie. Le gel de Macrolane permet, grâce à des molécules plus volumineuses, de galber les contours et de remodeler le corps (fig. 6 et 7). D'origine non animale, il est synthétisé à partir de souches de streptocoques (évitant ainsi les risques de contamination infectieuse et les risques d'allergie). Sa dégradation naturelle et lente est assurée par les hyaluronidases du corps du patient et permet de prolonger les résultats du traitement jusqu'à 18 mois en moyenne, en évitant les complications à long terme des produits non résorbables.

La séance se déroule sous anesthésie locale et utilise les rigueurs d'asepsie du bloc opératoire. Elle dure 30 minutes en moyenne. Deux incisions de 2 mm permettent de déposer avec précision le gel sous la peau dans les zones à regalber. Il est ainsi possible de corriger la fesse dans chacun de ses compartiments, en s'adaptant au besoin de chaque patient. Les prothèses fessières en silicone ne permettaient que des corrections localisées et intéressaient surtout les deux tiers supérieurs de la fesse ; les zones inférieures en regard de l'ischion, qui ne pouvaient pas être traitées avec les prothèses, sont accessibles au comblement par gel d'acide hyaluronique. On utilise en général 100 à 150 mL par côté. Les suites sont peu douloureuses, ne nécessitant ni hospitalisation ni soins postopératoires particuliers, et autorisent une reprise des activités après 24 à 48 heures.



FIGURE 6 Correction d'une lipoatrophie des fesses d'une femme de 46 ans par injection de gel d'acide hyaluronique Macrolane. **A.** Vue préopératoire. **B.** Vue postopératoire à 2 mois.



FIGURE 7 Correction d'une lipoatrophie des fesses chez un homme de 37 ans par injection de gel d'acide hyaluronique Macrolane. **A.** Vue préopératoire. **B.** Vue postopératoire à 2 mois.



FIGURE 8 Correction d'une lipohypertrophie abdominale par lipoaspiration. **A.** Vue préopératoire ; **B.** Vue postopératoire à 5 mois.

L'utilisation de ce gel doit encore être examinée au sein d'études cliniques pour évaluer son bénéfice fonctionnel sur les douleurs et pour confirmer la bonne tolérance de ces patients sous trithérapie. Si l'amélioration fonctionnelle et esthétique des résultats préliminaires à 6 mois de l'étude réalisée* à ce sujet se confirme, cela permettrait d'envisager un remboursement du traitement par l'Assurance maladie (fig. 5 et 6). Celui-ci ne devrait représenter qu'un budget modéré, rapidement rentabilisé par l'amélioration de la qualité de vie, notamment professionnelle, de ces patients.

Lipohypertrophie du corps

Les lipohypertrophies sont moins fréquentes et amènent plus rarement le patient à demander une amélioration morphologique. Lorsque l'accumulation adipeuse au niveau cervical, abdominal ou mammaire devient invalidante, on peut le plus souvent proposer une chirurgie réparatrice. La zone cervicale postérieure peut donner un aspect de bosse de bison (fig. 3) qui est en général corrigé par une lipoaspiration. L'excès abdominal est plus difficile à traiter, car il est essentiellement dû à une composante lipohypertrophique intrapéritonéale non accessible aux techniques de chirurgie de la silhouette. En cas d'excès sous-cutané abdominal notable, on peut proposer une lipoaspiration, voire une dermolipectomie s'il existe un excès cutané associé (fig. 8). Les gynécomasties sont traitées suivant le même principe après bilan endocrinien et mammographique. Les hypertrophies mammaires sont corrigées par les techniques classiques de plasties mammaires avec résection dermoglandulaire et cicatrices en T inversées le plus souvent.

Il est à noter que le risque de récurrence après lipoaspiration est plus important chez les patients séropositifs sous thérapie antirétrovirale que chez les patients séronégatifs.

Dans tous les cas, il faut encourager le respect des règles hygiéno-diététiques et la pratique d'activité sportive. En outre, les substitutions d'agents, voire de classes thérapeutiques, doivent parfois être envisagées. De plus en plus, lors de l'instauration d'un traitement antirétroviral, le profil de tolérance à long terme est un facteur décisif dans le choix thérapeutique.

Conclusion

Il est indispensable de proposer aux patients séropositifs ayant une lipodystrophie les traitements actuellement disponibles. Leur espérance de vie a en effet considérablement augmenté, et nous devons encore progresser pour améliorer leur qualité de vie. Si la prise en charge de la lipodystrophie du visage est de mieux en mieux prise en compte, le traitement des lipodystrophies du corps et notamment des fesses doit à présent se développer en utilisant les nouvelles techniques disponibles. •

* Pr L. Lantieri, hôpital Henri-Mondor, Créteil.

SUMMARY Surgical treatment of lipodystrophy

With the introduction of highly active antiretroviral therapy HIV has become a chronic but not necessarily a life-threatening disease. One drawback of the medication is the lipodystrophy syndrome that develops. Its precise mechanisms underlying are not well understood. The syndrome includes peripheral fat wasting (e.g. face, buttocks) and central fat accumulation. This condition can be very distressing to the patient who may be depressed and lose self-esteem which eventually leads to social withdrawal. The facial lipoatrophy is often experienced as the main problem as it is a social stigma telling other people that the patient is infected with HIV. The second zone bothering these patients is the buttocks. Buttocks lipoatrophy constitutes both an esthetic problem as well as a functional problem causing pain on sitting and even on walking.

RÉSUMÉ Chirurgie des lipodystrophies

Les lipodystrophies secondaires aux trithérapies utilisées par les patients séropositifs pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont étudiées depuis plus de 10 ans, mais leurs mécanismes sont encore mal connus. À ce jour, aucune réelle prévention n'est disponible. Les atteintes sont de plus en plus sévères et source de fréquentes exclusions socioprofessionnelles. Il est indispensable de pouvoir offrir un traitement efficace et durable à ces patients qui ont aujourd'hui une espérance de vie proche de celle des sujets séronégatifs pour le VIH. La lipoatrophie faciale est la première demande de correction, car elle est le stigmate le plus visible de ce syndrome. L'atteinte des fesses est de plus en plus prise en charge en raison de l'altération morphologique mais surtout des douleurs en position assise qui altèrent la qualité de vie.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Waters L, Nelson M. Long-term complications of antiretroviral therapy: lipoatrophy. *Int J Clin Pract* 2007;61:999-1014.
2. Rajagopalan R, Laitinen D, Dietz B. Impact of lipoatrophy on quality of life in HIV patients receiving antiretroviral therapy. *AIDS Care* 2008;20:1197-201.
3. Serra-Renom JM, Fontdevila J. Treatment of facial fat atrophy related to treatment with protease inhibitors by autologous fat injection in patients with human immunodeficiency virus infection. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:551-5; discussion 556-7.
4. Guaraldi G, De Fazio D, Orlando G, et al. Facial lipohypertrophy in HIV-infected subjects who underwent autologous fat tissue transplantation. *Clin Infect Dis* 2005;40:e13-5.
5. James J, Carruthers A, Carruthers J. HIV-associated facial lipoatrophy. *Dermatol Surg* 2002;28:979-86.
6. Claude O, Domergue Than Trong E, Blanc R, et al. Traitement des lipoatrophies faciales utilisant des implants de Medpor en polyéthylène poreux. *Ann Chir Plast Esthet* 2009;54:21-8.
7. Benito-Ruiz J, Fontdevila J, Manzano M, Serra-Renom JM. Hip and Buttock Implants to Enhance the Feminine Contour for Patients with HIV. *Aesthetic Plast Surg* 30:98-103.
8. Karim RB, Hage JJ, van Rozelaar L, Lange CAH, Raaijmakers J. Complications of polyalkylimide 4% injections (Bio-Alcamid): a report of 18 cases. *Plast Reconstr Aesthet Surg* 2006;59:1409-14.